



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	21
III.1 Antecedentes	23
III.2 Situación Actual y Problemática	24
III.3 Avances 2006-2012	25
III.4 Retos 2013-2018	25
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	27
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	29
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	30
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	31
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	33
V.2 Estrategias Transversales.....	34
VI. INDICADORES Y METAS.....	35
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	45
VIII. TRANSPARENCIA	53
BIBLIOGRAFÍA	57
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	59
GLOSARIO DE TÉRMINOS	61
ANEXOS	63

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción Específico para la Vigilancia, Prevención y Control de la enfermedad de Chagas 2013-2018 presenta las estrategias y líneas de acción pertinentes para lograr dos grandes objetivos: el control de la transmisión intradomiciliar y la eliminación de la transmisión transfusional y congénita.

Para cumplir con esos objetivos se plantea dar inicio a un programa piloto de control químico del vector en localidades prioritarias de 15 entidades federativas, donde se aplicará rociado residual y se medirá anualmente el impacto en la transmisión intradomiciliar mediante muestreo serológico a personas menores de cinco años en coordinación con la Dirección General de Epidemiología y con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

La Dirección General de Promoción de la Salud a través de sus programas de casa, escuela y municipio saludable serán el vínculo con programas de desarrollo social. Estos impulsarán el mejoramiento de la vivienda con materiales de la región, la participación comunitaria y el ordenamiento del medio para eliminar criaderos y refugios intradomiciliares de los triatomas vectores.

Simultáneamente, se aplicarán otras estrategias transversales concertadas con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para lograr el tamizaje de todas las muestras provenientes de candidatos a donadores de sangre y de las embarazadas residentes de zonas endémicas prioritarias.

La detección oportuna será complementada con la confirmación de los casos y su tratamiento etiológico inmediato, por lo que el componente de capacitación para la atención médica de calidad será una prioridad atendida en coordinación con la Dirección General de Calidad y por el grupo asesor clínico preparado para tal fin en Argentina durante 2013.

Es por todo lo anterior, que el Programa de Acción que aquí se presenta, no es solo una declaración de intenciones, también es el inicio de un nuevo abordaje para la vigilancia, prevención y control de la enfermedad de Chagas. Es por esto que la participación de la comunidad, de las instituciones del Sector Salud y la coordinación intersectorial serán nuevamente, factores críticos de éxito.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

A más de 100 años del descubrimiento de su agente causal y modo de transmisión, la enfermedad de Chagas es considerada la parasitosis más grave en América y es una de las 14 enfermedades del rezago en la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

El marco conceptual para el control de la enfermedad de Chagas data de las primeras recomendaciones que antes de la aparición de insecticidas eficientes y efectivos, postulara Carlos Chagas quien aseguraba que la modificación y mejora de la vivienda rural era la mejor forma de prevención sin embargo; los primeros intentos para estructurar programas públicos de control surgieron más de 20 años después del descubrimiento de la enfermedad. Actualmente, iniciativas como Brasil y Venezuela de los años 60's y 70's y recientemente un programa de mejora de la vivienda rural en Uruguay, el control se ha basado exclusivamente en la aplicación de insecticidas.²

El Programa de Acción Específico 2013-2018 para la Vigilancia, Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, revisando la información disponible en México, incluye una visión de control integrado en el que se han elegido localidades prioritarias de 15 entidades federativas para hacer confluír ahí: tanto los proyectos de municipio saludable orientados a la modificación de riesgos en las viviendas rurales, empleando materiales e la región para eliminar criaderos y refugios de los triatomas vectores, como la realización de muestreo serológico para contar con una basal que permita estimar impacto de manera anual.

En esas mismas localidades se trabajará con promoción de la salud para hacer ordenamiento del medio tratando de evitar que los vectores se alimenten de la sangre de animales domésticos y que los vectores no entren en contacto con los habitantes de la vivienda; también se promoverá también el autofinanciamiento de pabellones mosquiteros y finalmente, de manera complementaria en las áreas donde el saneamiento y ordenamiento del medio no hayan sido suficientes, se aplicarán insecticidas de acción residual en dos ciclos anuales.

En esas localidades prioritarias en especial, se promoverá el control prenatal y el tamizaje para Chagas en embarazadas y el niño de madres positivas.

La transmisión transfusional se abordará desde la perspectiva de que no es suficiente con que los centros de transfusión sanguínea tamicen donadores, se ha logrado el compromiso del Centro Nacional de la Transfusión para que a los donadores positivos en el tamizaje se les practiquen pruebas confirmatorias, con lo que los servicios estatales de salud se harían cargo del tratamiento etiológico.

El círculo de prevención-control-limitación se cerrará con un programa de capacitación que el grupo asesor clínico capacitado en Argentina dirigirá al personal médico y paramédico de las áreas endémicas en especial y al resto del país en general para la detección, diagnóstico y tratamiento de casos importados.

De esa forma, el mapa conceptual de este Programa de Acción abordará los principales determinantes y condicionantes sociales desde el ámbito sectorial de salud y extra sectorial del desarrollo social.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este Programa de Acción Específico se encuentra alineado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-II-1917 F.E. DOF 06-II-1917. DOF Última Reforma 05-06-2013 y a las siguientes leyes, códigos, reglamentos, decretos, Normas Oficiales Mexicanas, manuales y Guías:³

Leyes

- Ley General de Salud 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2013.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-XII-1976. F.E. DOF 02-II-1977. DOF Última Reforma 15-01-2014.⁴

Códigos

- Código Federal de Procedimientos Civiles. DOF 24-11-1943. Última reforma 9-4-2012.⁵
- Código fiscal de la Federación. DOF 31-12-1981. Última reforma 9-12-2013.⁶

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud DOF 6-1-1987.⁷
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. D. O.F 18-1-1988.⁸
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el DOF 19-I-2004.⁹

Planes y Programas

- Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018.¹⁰
- Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.¹¹

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.¹²
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.¹³
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Manuales

- Manual de Organización CENAPRECE 2012.¹⁴
- Manual General de Procedimientos del CENAPRECE 2012.¹⁵
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.¹⁶

Guías

- Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas.¹⁷
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Dirección General de Epidemiología, 2012. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/32_2012_Manual_ETV_preliminar.pdf¹⁸



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

De acuerdo a información de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en nuestro país se han identificado 39 especies y por lo menos 21 de ellas se han hallado infectadas con *Tripanosoma cruzi* por lo que son vectores potenciales; las especies de mayor importancia epidemiológica son: *Triatoma barberi*, *T. dimidiata*, *T. pallidipennis* (*Meccus pallidipennis*), *T. longipennis* (*Meccus longipennis*), *T. mazzotti* (*Meccus mazzotti*), *T. mexicana*, *T. gearslaeckeri*, *T. picturata* (*Meccus picturatus*), *Rhodnius prolixus*, *Dipetalogaster maxima* y *Panstrongylus spp.*¹⁹

De esas especies, destacan por su relación con focos endémicos *Triatoma barberi*, *T. dimidiata* y *Rhodnius prolixus* se presume ha sido erradicada del territorio nacional.

En México en el período de 2000-2012 se han registrado 5 mil 463 casos de enfermedad de Chagas de los cuales 247 fueron agudos, 171 crónicos con síntomas y 5 mil 45 crónicos sin síntomas. (Anexo 1)

La incidencia del 2000 al 2007 se mantuvo en un rango de 0.07 a 0.37 por 100 mil habitantes, a partir de 2008 ascendió de 0.61 a 0.70 por 100 mil habitantes en el 2012. (Anexo 2)

Ese incremento en la incidencia obedece básicamente a que a partir de 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formaliza la donación de medicamento antichagásico (Nifurtimox); al disponer de él, los programas estatales ampliaron su búsqueda teniendo la posibilidad de ofertar tratamiento etiológico a los casos confirmados.

La enfermedad de Chagas afecta prácticamente a todos los grupos de edad, sin embargo, el grupo etario de 25 a 44 años acumula el 46.5% del total de casos reportados en todas sus formas del 2000 al 2012. (Anexo 3)

Un dato relevante es que el grupo de menores de un año no presentaba casos hasta 2004, de un caso en 2005 y a 44 en 2012 para un acumulado de 70 casos, esto representa el 1.28% del total de casos del periodo

revisado y se estima que podría estar relacionado con un incremento de la transmisión congénita del padecimiento en los años recientes.

Dadas las características crónicas del padecimiento y la amplia distribución de triatomas vectores en todo el país, es difícil aseverar el sitio de infección, no obstante, el mayor porcentaje de casos agudos en el periodo han sido reportados por el Estado de Morelos 53.4% (132 casos), seguido de los estados de Veracruz 17.4% (43 casos), Jalisco 6% (15 casos), e Hidalgo con el 4% (10 casos). Dieciséis estados más reportan de uno a seis casos.

El 36.8% del total de casos prevalentes (63 casos) con manifestaciones crónicas como cardiopatías y megas digestivos fue reportado por el Estado de Veracruz, seguido por Morelos con un 18.9% (33 casos), Guerrero con un 18.7% (32 casos) y Jalisco con el 2.9% (5 casos). Michoacán, Oaxaca, Puebla y Sonora registraron un caso cada uno en el periodo. En 34 casos de los 45 reportados en el año 2003 no se informa el estado de procedencia.

Del año 2000 al 2012 se han reportado casos crónicos sin síntomas en 31 entidades federativas; la única entidad sin casos en ese lapso es Chihuahua. (Anexo 4)

En el periodo 2000-2012, se han registrado 371 defunciones por enfermedad de Chagas, el mayor número de ellas, 161 (43.4%) en Oaxaca, seguido de Guerrero con 53 (14.3%), Chiapas con 20 (5.4%), Distrito Federal con 16 (4.3%) y Veracruz con 12 (3.2%); catorce estados más reportan entre una y seis defunciones. Con esas cifras, la mortalidad, se ha mantenido estable con una tasa que va de 0.02 defunciones por 100 mil habitantes en el año 2000 a 0.03 defunciones por 100 mil habitantes en 2012. (Anexo 5)

Comparando la tendencia de la incidencia con la mortalidad, se observa que ante el claro incremento de casos de enfermedad de Chagas, la mortalidad se ha mantenido estable, sin embargo; es necesario mejorar los estudios clínico-epidemiológicos para descartar sub registro de esta causa de muerte. (Anexo 6)

Respecto al riesgo de transmisión por transfusión sanguínea, en 1994, una encuesta en 64,969 donantes reveló seropositividad por entidad federativa en un rango que fue del 0.2% en Chihuahua al 2.8% en Hidalgo.²⁰

A partir del año 2000, el tamizaje de donantes se ha incrementado sustancialmente. En 2001 de 145 mil 82 candidatos a donadores, se tamizaba solamente al 13.19%; para el 2012, con poco más de 1.4 millones de donadores, la cobertura de tamizados es ya del 90.6%. Esto representa sin duda un gran avance, por una parte se cuenta con una mayor cultura de la donación y por otra, la vigilancia de la enfermedad de Chagas ha mejorado de manera sensible. Sin embargo, México es actualmente el único país en América que no tamiza para la enfermedad de Chagas al 100% de los candidatos a donadores. (Anexo 7)

No obstante, el incremento en el número de casos identificados en los últimos años, se nota que la seropositividad en candidatos a donar sangre va en descenso; mientras en el año 2001 el 5.55% de los mil 63 casos tamizados fueron reactivos a Chagas. Se observa una reducción gradual de positividad de tal forma que en 2012, de los 1.3 millones de donantes tamizados, el porcentaje de reactivos se ha reducido a 0.38%

La OPS en cambio, refería en un documento técnico de circulación restringida, que para 2005, de los 107 millones de habitantes, 1.1 millones de personas estarían infectadas; 7 mil 700 por picadura de vectores, de los cuales 243 mil mujeres en edad fértil serían seropositivas y la tasa anual de Chagas congénito sería de 0.051 por cada 100 nacimientos.

Esas estimaciones disímiles solo indican la problemática que siempre ha acompañado a la enfermedad de Chagas: la dificultad para cuantificar su verdadera magnitud.

La dificultad para adquirir medicamentos antichagásicos en nuestro país es un factor que contribuye al sub registro, ya que los servicios estatales de salud optaban por reducir la búsqueda al no tener la oportunidad de ofrecer una opción terapéutica. A partir de 2009, la OPS apoya la compra en México, tan solo en ese año entregaron en donación dos mil frascos de Nifurtimox, suficientes para tratar a más de 600 pacientes, cantidad similar a la donada en el año 2012.

III.2 Situación Actual y Problemática

Situación actual

En 2012 se reportaron en México 830 casos de enfermedad de Chagas, siete agudos y 823 crónicos, no existe reporte de casos nuevos con manifestaciones crónicas. La tasa de incidencia es de 0.70 casos por 100 mil habitantes, la más alta desde el año 2000.

Con 30 defunciones, la tasa de mortalidad anual es de 0.03 por 100 mil habitantes, manteniéndose en esa cifra desde 2007.

El grupo de edad más afectado continúa siendo el de los adultos jóvenes de 25 a 44 años; sin embargo el grupo de menores de un año llama la atención ya que los 44 casos registrados son el mayor número desde el año 2000 en ese grupo etario, y como se ha mencionado, podría estar relacionado con incremento en la transmisión congénita del padecimiento.

Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Yucatán reportan más de 50 casos cada uno sumando agudos, crónicos con síntomas y crónicos sin síntomas; con 11 a 50 casos le siguen Jalisco, Michoacán, Morelos, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León y Quintana Roo. Quince entidades federativas más, reportan menos de diez casos y Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango y Tlaxcala no registraron casos durante 2012.

En ese año se registró el mayor número de donantes de sangre capturados en el sistema del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (1.4 millones) desde el año 2000 y también el porcentaje más alto de tamizaje para vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas (90.6%); con 5 mil donantes reactivos, la positividad en tamizaje fue de 0.38%, continuando la tendencia decreciente sostenida desde el año 2000.

En suma, la situación actual de la enfermedad de Chagas en México, es la un padecimiento sub registrado, distribuido prácticamente en todo el territorio nacional y que por las mejoras en el diagnóstico, disponibilidad de medicamento y registro de casos, cada año revela una magnitud creciente, donde la mayor proporción de enfermos son crónicos sin síntomas por haber estado en contacto con el agente sin desarrollar enfermedad aparente y para el que se deberá mejorar el seguimiento clínico, epidemiológico, de laboratorio y gabinete; es un padecimiento cuyo riesgo de transmisión por la vía transfusional, va en descenso pero que pudiera verse incrementado por vía congénita y del que no tenemos información de infecciones por vía alimentaria, y es un padecimiento que mantiene tasa de mortalidad baja y estable en los últimos trece años.



Actualmente, se hace frente a la enfermedad de Chagas con un Programa de Acción Específico en el marco del manejo integrado de enfermedades transmitidas por vectores, con personal médico capacitado, con recursos propios, que inicia el control de la transmisión vectorial en localidades piloto de quince entidades federativas y que mediante la concertación intersectorial y la coordinación institucional, aborda la eliminación de la transmisión transfusional y congénita.

Problemática

- Sub registro de casos crónicos con síntomas y crónicos sin síntomas.
- Los fabricantes de medicamentos anti chagásicos no están interesados en cumplir con los requisitos necesarios para incluir Benznidazol en el cuadro básico del Sector Salud.
- La donación de medicamentos por la OPS no contempla presentaciones pediátricas.
- El seguimiento clínico, epidemiológico, de laboratorio y de gabinete de los casos es incipiente.
- No se ha instituido el tamizaje obligatorio de embarazadas en zonas endémicas prioritarias.
- El 10% de los donantes de sangre en los centros estatales de la transfusión sanguínea no son tamizados para detección de Chagas.
- Las mejoras a la vivienda como principal medida preventiva y de control están fuera del ámbito de salud.

III.3 Avances 2006-2012

Los avances en la vigilancia, prevención y control de la enfermedad de Chagas son recientes.

2012:

- México reguló durante el año 2012 la obligatoriedad de la cobertura universal de tamizaje en Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.
- En 2012, México ingresa a la iniciativa de los países de América Central, para la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas (IPCA).

2013:

- Se ha reconocido el carácter prioritario de la enfermedad.
- Se ha asignado recurso específico para iniciar acciones de control.
- México fue sede de la Reunión Anual de IPCA.
- El InDRE revisa y actualiza el cuadro analítico para el diagnóstico de Chagas.
- México llevó a cabo el curso nacional “Atención Médica de la enfermedad de Chagas”.
- Se capacitó en Argentina a personal médico con el que se integró el Grupo Asesor Clínico Nacional.
- Se pone en marcha la captura de información en la Plataforma de la Red de Comunicación Colaborativa: Chagas.
- Se logra que la donación de medicamento por la OPS se duplique para ampliar la cobertura de 700 a 1 mil 400 tratamientos en 2014.
- El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea impulsa la obligatoriedad del tamizaje universal en donadores basada en su NOM-253-SSA1-2012.
- Se estrecha la coordinación con el Departamento de Medicina Experimental de la UNAM y se dicta el 1er Curso Teórico-Práctico sobre Enfermedades Parasitarias en Oaxaca.

III.4 Retos 2013-2018

- Abatir el sub registro de casos crónicos con síntomas y crónicos sin síntomas y confirmar oportunamente casos agudos.
- Mejorar la cobertura y oportunidad del tratamiento etiológico.
- Consolidar la cobertura universal de tamizaje en Centros de la Transfusión Sanguínea y en embarazadas de las áreas endémicas.
- Considerar el tamizaje a población abierta en localidades con alta frecuencia de donadores positivos a la enfermedad de Chagas.

- Demostrar el impacto en el control integrado de la transmisión intra domiciliaria y ampliar su cobertura.
- Actualizar la distribución de vectores en el país, con la finalidad de priorizar áreas con modelos de transmisión intradomiciliarios de *T. dimidiata* y *T. barberi*.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

El Programa de Acción Específico (PAE) para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, se vincula con la Ley de Planeación en sus artículos 23, donde se especifica que los programas sectoriales se sujetarán a las previsiones del PND vigente y 24, en el que se refiere que los Programas de Acción se elaborarán en concordancia con los Programas Sectoriales.

prioritario para el mejoramiento de la salud”, a través del objetivo programático “Controlar la transmisión vectorial intra domiciliar” y la estrategia 2.3.4 “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, mediante el objetivo programático de “Eliminar la transmisión de Chagas congénito y transfusional”.

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Este PAE de Prevención y Control de la enfermedad de Chagas está alineado a la Meta Nacional de “México incluyente”, objetivo 2.3. “Asegurar el acceso a los servicios de salud” y sus estrategias 2.3.2 “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Controlar la transmisión vectorial intra domiciliar.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2. Eliminar la transmisión de Chagas congénito y transfusional.

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Con el PROSESA 2013-2018, la alineación se establece con el Objetivo 4 “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, estrategia 4.7 “Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas” y la línea de acción 4.7.1 “Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación” a través del objetivo programático “Eliminar la transmisión de Chagas congénito y transfusional” y línea de acción 4.7.2 “Fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago”, a través del objetivo programático “Controlar la transmisión vectorial intra domiciliar”.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.	4.7.1. Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación.	1. Eliminar la transmisión de Chagas congénito y transfusional.
		4.7.2. Fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago.	2. Controlar la transmisión vectorial intra domiciliar.



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Controlar la transmisión vectorial intra domiciliaria.
2. Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.

Objetivo 1. Controlar la transmisión vectorial intradomiciliaria.

El control de la transmisión intradomiciliar es uno de los objetivos prioritarios para México y América, ya que las infecciones contraídas en el propio domicilio afectan básicamente a menores de cinco años de edad y a adultos mayores, grupos vulnerables en los que las manifestaciones de la enfermedad son de mayor riesgo.

Estrategia 1.1. Estratificación de riesgo.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Realizar serologías a menores de 5 años.
- 1.1.2. Seleccionar áreas prioritarias de intervención.
- 1.1.3. Actualizar el catálogo de distribución de triatominos en áreas prioritarias.

Estrategia 1.2. Mejorar la vivienda.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Promover programas de mejora con materiales locales en paredes y techo.
- 1.2.2. Eliminar sitios de refugio de triatominos intradomiciliarios y en peridomicilios.
- 1.2.3. Promover la instalación de mallas en puertas y

ventanas en localidades prioritarias.

- 1.2.4. Promover la instalación de pabellones mosquiteros en camas o en cualquier otro sitio de reposo y pernocta en localidades prioritarias.
- 1.2.5. Privilegiar la protección con pabellones mosquiteros de niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.
- 1.2.6. Identificar a nivel local la tipología de refugios de triatomas intradomiciliarios, peridomiciliarios y rol del género en relación con el control y eliminación del riesgo.
- 1.2.7. Controlar y eliminar refugios de triatomas intradomiciliarios de acuerdo a rol local de género con equidad.

Estrategia 1.3. Control químico del vector.

Líneas de acción:

- 1.3.1. Aplicar rociado residual de forma intra domiciliar, en dos ocasiones (2 ciclos) por localidad confirmada como positiva.
- 1.3.2. Realizar encuestas entomológicas iniciales y posteriores al rociado residual intradomiciliar.

Objetivo 2. Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.

La transmisión connatal es una vía de infección de magnitud creciente, en tanto la transfusional tiende a ser eliminada gracias a las estrategias de tamizaje a donadores. Para la prevención de ambas se dispone de recursos tecnológicos, lo que las hace vulnerables. La decisión política respecto a su prioridad hace de este, un objetivo deseable y factible.

Estrategia 2.1. Fortalecer la coordinación interinstitucional.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Incluir tamizaje mediante pruebas serológicas y parasitológicas de control prenatal, a todas las embarazadas residiendo o procedentes de áreas o municipios programados de mayor incidencia.
- 2.1.2. Implementar la confirmación de casos detectados por pruebas de tamizaje en el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea así como en los centros estatales.
- 2.1.3. Realizar el tamizaje en los candidatos a donar sangre rechazados por factores de riesgo asociados a enfermedad de Chagas.
- 2.1.4. Difundir entre el personal médico de las áreas endémicas, las guías para la atención médica de pacientes con enfermedad de Chagas.
- 2.1.5. Lograr la cobertura total de tratamiento a casos agudos y a casos crónicos sin síntomas.
- 2.1.6. Vigilar la respuesta terapéutica mediante evaluación clínica, de laboratorio y gabinete.
- 2.1.7. Monitorear la presentación y atención de reacciones adversas al tratamiento.
- 2.1.8. Promover el tratamiento etiológico a madres con enfermedad de Chagas y productos infectados.

V.2 Estrategias Transversales

Si bien los indicadores especiales 2013-2018 consignados en el PROSESA en materia de equidad de género no se aplican textualmente al Programa de Acción Específico de Chagas, el enfoque de género está presente al establecer líneas de acción dirigidas a mujeres embarazadas para la prevención de la transmisión connatal, así como la atención a las madres y recién nacidos.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Los indicadores propuestos para la evaluación del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas serán de proceso, de resultados intermedios y de impacto. Los indicadores de Proceso miden las formas en que el Programa provee los bienes y servicios para lograr el control de la enfermedad. Los indicadores de resultados intermedios y de impacto miden los resultados alcanzados en la provisión de bienes y servicios mediante los datos de morbilidad y mortalidad.

Elemento	Características				
Indicador 1	Serología a menores de cinco años de edad.				
Objetivo del PAE	Controlar la transmisión vectorial intra y peri domiciliar.				
Descripción general	<p>Indicador de proceso que estima el cumplimiento en la meta de toma de muestra serológica a personas menores de cinco años de edad residentes de localidades prioritarias.</p> <p>Con el resultado positivo o negativo de la serología se explorará la reducción de la transmisión intradomiciliaria, mediante la reducción en la positividad de serologías en menores de cinco años a razón de la mayor permanencia de personas de ese grupo de edad en el domicilio.</p>				
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Serologías tomadas.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Informe trimestral de E. Chagas, Plataforma de la Red de Comunicación colaborativa (Formato N1 y C1).				
Referencias adicionales	Servicios de Salud de los Estados (SESA), CENAPRECE (Programa de Enfermedad de Chagas).				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	3,520	3,872	4,259	4,704	5,000
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			Se incrementará en un 45% las encuestas serológicas con respecto a 2014		

Elemento	Características				
Indicador 2	Encuestas entomológicas.				
Objetivo del PAE	Controlar la transmisión vectorial intradomiciliar.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica el número de localidades prioritarias que deberán ser encuestadas entomológicamente, incrementando la cobertura anualmente.				
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Total de localidades prioritarias con estudios entomológicos realizados.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	SIS TPR IS, plataforma RCC. Formato Ento-Chagas.				
Referencias adicionales	SESA, CENAPRECE (Programa de Enfermedad de Chagas).				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	86	94	103	113	124
Línea base 2013			Meta Sexenal		
15			Incremento del 44% de localidades con vigilancia entomológica		

Elemento	Características				
Indicador 3	Control químico del vector en localidades prioritarias.				
Objetivo del PAE	Controlar la transmisión vectorial intradomiciliar.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica el número de localidades prioritarias con rociado intradomiciliar aplicado en dos ciclos.				
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Número de localidades con rociado residual aplicado en dos ciclos.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	Informe Trimestral de E. Chagas, plataforma de la RCC (Formato control químico Chagas).				
Referencias adicionales	SESA, Programa de Enfermedad de Chagas.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	86	94	103	113	124
Línea base 2013			Meta Sexenal		
15			Incremento del 44% de las localidades prioritarias con rociado residual intradomiciliar		

Elemento	Características					
Indicador 4	Tratamiento etiológico supervisado a casos.					
Objetivo del PAE	Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.					
Descripción general	Objetivo de proceso que cuantifica el total de casos a los que se ministra tratamiento supervisado.					
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Número de casos a los que se ministra tratamiento supervisados.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Informe Trimestral de E. Chagas, plataforma de la RCC (Formato C1).					
Referencias adicionales	SESA, Programa de Enfermedad de Chagas.					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	1,044	1,252	1,502	1,802	2,162	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
870			100% de tratamiento etiológico supervisado al total de casos confirmados			

Elemento	Características				
Indicador 5	Serología a embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias.				
Objetivo del PAE	Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica el número de embarazadas residentes o procedentes de área endémica prioritarias que son tamizadas con serología para enfermedad de Chagas en unidades resolutivas.				
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Número de serologías realizadas a embarazadas residentes o procedentes de áreas endémicas.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Informe Trimestral de E. Chagas, plataforma RCC. (Formato C1).				
Referencias adicionales	SESA, Programa de Enfermedad de Chagas.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	350	455	591	769	1,000
Línea base 2013			Meta Sexenal		
21: Únicos casos reportados por Veracruz			Realizar estudio serológico a 3,165 embarazadas		

Elemento	Características					
Indicador 6	Confirmación serológica de donadores positivos a tamizaje.					
Objetivo del PAE	Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.					
Descripción general	Indicador de proceso: Cuantifica el incremento anual en el número de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.					
Observaciones	Método de cálculo: Número absoluto. Número de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Informe Trimestral de E. Chagas, plataforma RCC (Formato N1 y C1).					
Referencias adicionales	SESA, Programa de Enfermedad de Chagas.					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	1,227	2,085	3,544	6,025	10,242	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
722			Incrementar anualmente en 70% la confirmación de pruebas de tamizaje positivas en centros de transfusión sanguínea.			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

El Programa de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas opera en los estados con mayor número de casos. Su estructura y organización se establece desde el nivel federal, a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, en donde se lleva a cabo la coordinación y el seguimiento de las acciones institucionales.

Se indica y se promoverá la corresponsabilidad de las instituciones del Sector Salud en la vigilancia epidemiológica, tamizaje, confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento de casos y promoción de la salud. Esas instituciones deberán enviar personal médico a las capacitaciones que la Secretaría de Salud implementará para la atención y seguimiento del paciente chagásico.

La actividad intersectorial preponderante será la coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) para encausar programas de mejoramiento de la vivienda rural.

La matriz de corresponsabilidad interna se presenta en el Anexo 9.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Controlar la transmisión vectorial intradomiciliaria.								
Indicador 1		Serología a menores de cinco años de edad.				Meta 1		Se incrementará en un 45% las encuestas serológicas con respecto a 2014		
Indicador 2		Encuestas entomológicas.				Meta 2		Incremento del 44% de localidades con vigilancia entomológica		
Indicador 3		Control químico del vector en localidades prioritarias.				Meta 3		Incremento del 44% de las localidades prioritarias con rociado residual intradomiciliar		
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	SEDESOL	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Realizar serologías a menores de 5 años.		✓							
1.1.2.	Seleccionar áreas prioritarias de intervención.		✓							
1.1.3.	Actualizar el catálogo de distribución de triatominos en áreas prioritarias.		✓							
1.2.1.	Promover programas de mejora con materiales locales en paredes y techo.		✓						✓	
1.2.2.	Eliminar sitios de refugio de triatominos intradomiciliarios y en peridomicilios.		✓							
1.2.3	Promover la instalación de mallas en puertas y ventanas en localidades prioritarias.		✓	✓	✓	✓	✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	SEDESOL	Observaciones
No.	Descripción									
1.2.4.	Promover la instalación de pabellones mosquiteros en camas o en cualquier otro sitio de reposo y pernocta en localidades prioritarias.		✓	✓	✓	✓	✓			
1.2.5.	Privilegiar la protección con pabellones mosquiteros de niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.		✓	✓	✓	✓	✓			
1.2.6.	Identificar a nivel local la tipología de refugios de triatomas intradomiciliarios, peridomicilios y rol del género en relación con el control y eliminación del riesgo.		✓	✓	✓	✓	✓			
1.2.7.	Controlar y eliminar refugios de triatomas intradomiciliarios de acuerdo a rol local de género con equidad.		✓							
1.3.1.	Aplicar rociado residual de forma intradomiciliar, en dos ocasiones (2 ciclos) por localidad confirmada como positiva.		✓							
1.3.2.	Realizar encuestas entomológicas iniciales, y posteriores al rociado residual intradomiciliar.		✓	✓	✓	✓	✓			

Objetivo 2	Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.									
Indicador 4	Tratamiento etiológico supervisado a casos.	Meta 4	100% de tratamiento etiológico supervisado al total de casos confirmados							
Indicador 5	Serología a todas las embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias.	Meta 5	Realizar estudio serológico a 3,165 embarazadas							
Indicador 6	Confirmación serológica de donadores positivos a tamizaje.	Meta 6	Incrementar anualmente en 70% la confirmación de pruebas de tamizaje positivas en centros de transfusión sanguínea							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Incluir Tamizar mediante pruebas serológicas y parasitológicas de control prenatal, a todas las mujeres embarazadas residiendo o procedentes de áreas o municipios programados de mayor incidencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
2.1.2.	Implementar la confirmación de casos detectados por pruebas de tamizaje en bancos de sangre en el Centro Nacional de Transfusión sanguínea así como en los estatales.		✓	✓		✓	✓			
2.1.3.	Realizar el tamizaje en los candidatos a donar sangre rechazados por factores de riesgo asociados a enfermedad de Chagas.		✓							
2.1.4.	Difundir entre el personal médico de las áreas endémicas, las guías para la atención médica de pacientes con enfermedad de Chagas.		✓	✓	✓	✓	✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.5.	Lograr la cobertura total de tratamiento a casos agudos y a casos crónicos sin síntomas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
2.1.6.	Vigilar la respuesta terapéutica mediante evaluación clínica, de laboratorio y gabinete.		✓	✓	✓	✓	✓			
2.1.7.	Monitorear la presentación y atención de reacciones adversas al tratamiento.		✓	✓	✓	✓	✓			
2.1.8.	Promover el tratamiento etiológico a madres con enfermedad de Chagas y productos infectados.		✓	✓	✓	✓	✓			



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas, nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante, aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENAPRECE: www.cenaprece.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guadalupe Pérez Silvia María, Hernández Meléndrez Edelsys, Rodríguez Cabrera Aida. La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Abr 29]; 37(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-34662011000100014&lng=es
2. Una visión de la enfermedad de Chagas desde su propia historia en: La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una epidemia americana ancestral. OPS/CD/426-06. Publicación monográfica 7. pp. 19-22, 2007.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, <http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/1.pdf>, Última reforma publicada DOF.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-XII-1976. F.E. DOF 02-II-1977 DOF Última Reforma 02-04-2013.
5. Código Federal de Procedimientos Civiles. DOF 24-11-1943. Última reforma 9-4-2012.
6. Código fiscal de la Federación. DOF 31-12-1981. Última reforma 9-12-2013.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud DOF 6-1-1987.
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. D. O.F 18-1-1988.
9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el DOF 19-I-2004.
10. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
11. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
12. Normas Oficiales Mexicanas. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.
14. Manual de Organización CENAPRECE 2012.
15. Manual General de Procedimientos del CENAPRECE 2012.
16. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
17. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas.
18. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Dirección General de Epidemiología, 2012. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/32_2012_Manual_ETV_preliminar.pdf
19. Uribarren Berrueta, T. Enfermedad de Chagas. Recursos en Parasitología. Departamento de Microbiología y Parasitología. Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM, 2013. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/trypanosomosis.html>
20. Guzmán Bracho C. Y Cols. 1998. Riesgo de Transmisión de *Trypanosoma cruzi* por transfusión de sangre en México. Panam Salud Pública. Pan. An. Public Health 4(2). Pag. 94-98.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vector
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPCA	Iniciativa de los Países de América Central para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SSA	Secretaría de Salud
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanosoma cruzi</i>
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agente infeccioso. Elemento patógeno biológico, que puede causar la enfermedad; los más importantes para la salud son. 1) virus, 2) rickettsias, 3) bacterias, 4) protozoarios, 5) hongos, y 6) helmintos.

Antichagásicos. Medicamento específico para la enfermedad de Chagas: Nifurtimox o Benznidazol.

Connatal. Infecciones que se manifiestan desde el nacimiento, en la etapa neonatal inmediata o en etapas más tardías pero de claro vínculo con el canal del parto.

Control de la Transmisión Vectorial de *Trypanosoma cruzi*. Reducción de la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Chagas como resultado de las intervenciones del control del vector.

Enfermedad de Chagas o “tripanosomosis americana”. Enfermedad causada por el protozoario *Trypanosoma cruzi*, transmitido entre animales y humanos por Triatominios o chinches besuconas.

Enfermedades transmitidas por vector. Padecimientos en cuya cadena de transmisión interviene un vector artrópodo, como elemento necesario para la transmisión del parásito, se incluyen: dengue, Leishmaniosis, oncocercosis, paludismo, tripanosomosis y rickettsiosis.

Tamizaje. Al examen o prueba inicial, para diagnóstico presuntivo de alguna patología.

***Triatoma dimidiata*, *T. barberi*, *Rhodnius prolixus*, *Dipetalogaster maxima* y el complejo *T. phyllosoma*.** Chinches hematófagas pueden transmitir el *T. cruzi*.

Vector. Transportador viviente y transmisor biológico del agente causal de enfermedad. Para efectos de esta NOM, se refiere al artrópodo que transmite el agente causal de una enfermedad, por picadura, mordedura o por sus desechos.

ANEXOS

Anexo 1. Casos de enfermedad de Chagas según diagnóstico clínico-serológico y año de reporte. México, 2000-2012

Año	Agudos	Crónicos	Indeterminados	Suma
2000	18	7	50	75
2001	27	10	52	89
2002	46	15	101	162
2003	21	45	164	230
2004	22	28	253	303
2005	22	21	318	361
2006	10	10	380	400
2007	12	9	371	392
2008	18	7	654	679
2009	19	10	584	613
2010	7	8	513	528
2011	18	1	782	801
2012	7	-	823	830
Total	247	171	5045	5463

Fuente: Relación nominal de casos de Chagas. Servicios Estatales de Salud, 2000-2012.

Anexo 2. Incidencia por enfermedad de Chagas según año de reporte de los casos. México, 2000-2012

Año	Total de casos	Población	Incidencia
2000	75	100,895,811	0.07
2001	89	102,122,295	0.09
2002	162	103,417,944	0.16
2003	230	104,719,891	0.22
2004	303	105,951,569	0.29
2005	361	107,151,011	0.34
2006	400	108,408,827	0.37
2007	392	109,787,388	0.36
2008	679	111,299,015	0.61
2009	613	112,852,594	0.54
2010	528	114,255,557	0.46
2011	801	115,682,868	0.69
2012	830	118,395,054	0.70

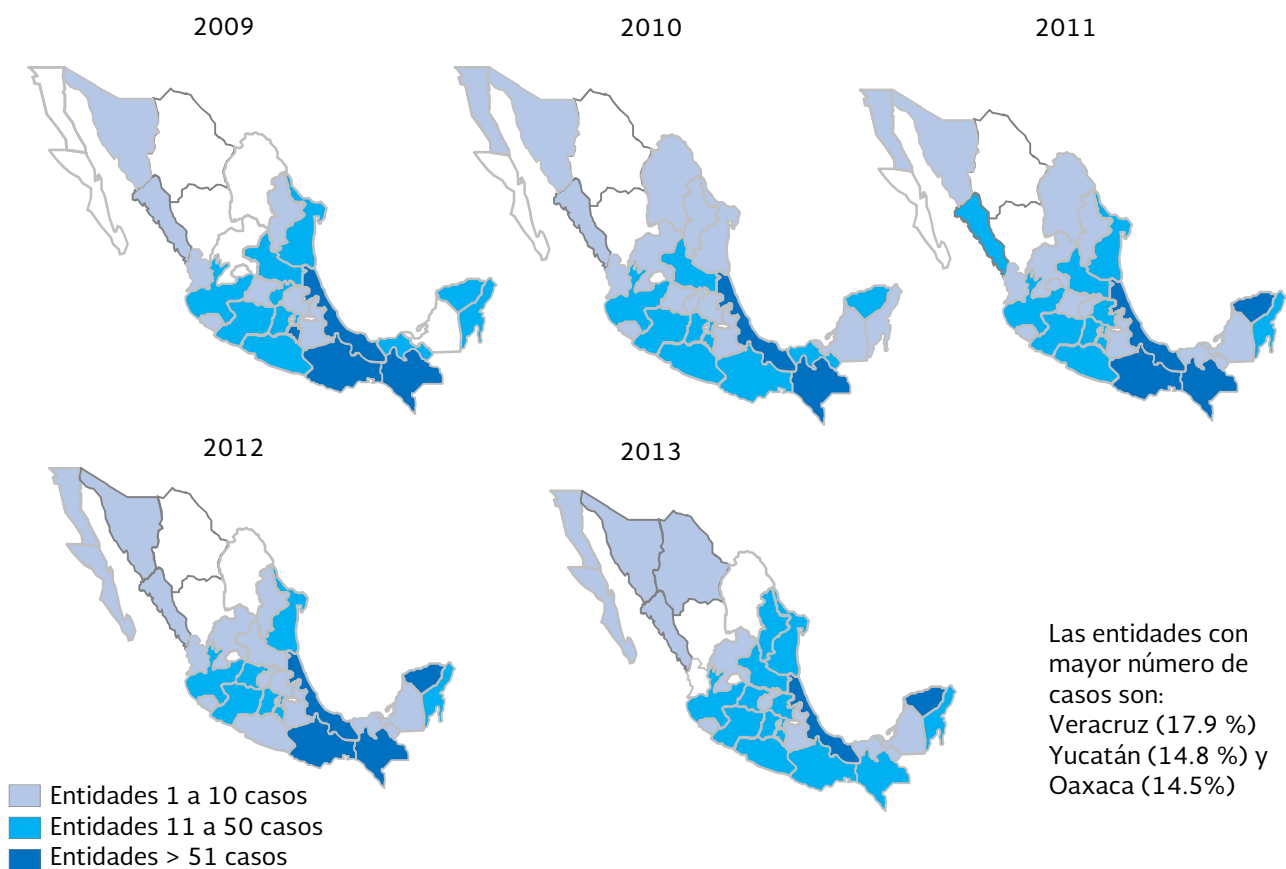
Fuente: Relación nominal de casos de Chagas. Servicios Estatales de Salud, 2000-2012.

Anexo 3. Distribución porcentual de casos acumulados de enfermedad de Chagas por grupo etario. México, 2000-2012

Edad	No. de casos	%
<1	70	1.28
1-4	80	1.46
5-9	122	2.23
10-14	187	3.42
15-19	254	4.65
20-24	512	9.37
25-44	2,538	46.46
45-49	470	8.60
50-59	561	10.27
60-64	189	3.46
65 y +	473	8.66
Se ignora	7	0.13
Suma	5,463	100

Fuente: Relación nominal de casos de Chagas. Servicios Estatales de Salud, 2000-2012.

Anexo 4. Estados con notificación de casos enfermedad de Chagas. México, 2009 - 2013



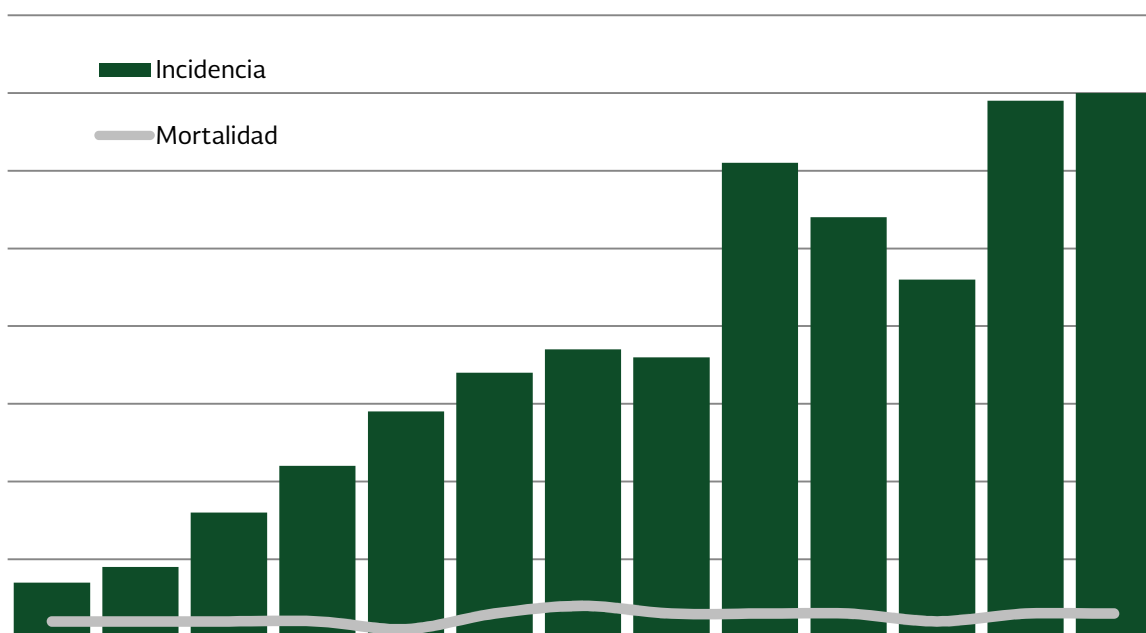
Anexo 5. Mortalidad anual por enfermedad de Chagas. México, 2000-2012

Año	Defunciones	Población	Mortalidad*
2000	21	100,895,811	0.02
2001	19	102,122,295	0.02
2002	20	103,417,944	0.02
2003	22	104,719,891	0.02
2004	14	105,951,569	0.01
2005	36	107,151,011	0.03
2006	38	108,408,827	0.04
2007	36	109,787,388	0.03
2008	37	111,299,015	0.03
2009	38	112,852,594	0.03
2010	21	114,255,557	0.02
2011	39	115,682,868	0.03
2012	30	117,053,750	0.03

* Mortalidad por 100 mil habitantes

Fuente: Relación nominal de casos de Chagas. Servicios Estatales de Salud, 2000-2012.

Anexo 6. Comparativo de incidencia y mortalidad anual. Enfermedad de Chagas. México, 2000-2012



Mortalidad por 100 mil habitantes.

Fuente: Relación nominal de casos de Chagas. Servicios Estatales de Salud, 2000-2012

Anexo 7. Porcentaje de donadores de sangre tamizados para enfermedad de Chagas en los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea. México, 2001-2012

Año	Donantes	Donantes con tamizaje	Tamizados (%)
2001	145,082	19,136	13.19
2002	182,964	29,329	16.03
2003	269,550	62,590	23.22
2004	388,471	116,852	30.08
2005	410,728	130,694	31.82
2006	432,985	139,161	32.14
2007	498,233	182,054	36.54
2008	652,942	292,518	44.80
2009	821,288	444,317	54.10
2010	1,026,877	668,292	65.08
2011	1,211,963	1,021,806	84.31
2012	1,437,591	1,302,457	90.60

Fuente: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Informe anual 2001-2012.

**Anexo 8. Porcentaje de tamizajes positivos a Chagas en donadores de sangre
Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea, México 2001-2012**

Año	Donantes con tamizaje	Donantes con tamizaje positivo	Positividad (%)
2001	19,136	1,063	5.55
2002	29,329	973	3.32
2003	62,590	1,615	2.58
2004	116,852	1,914	1.64
2005	130,694	1,771	1.36
2006	139,161	2,066	1.48
2007	182,054	2,543	1.40
2008	292,518	3,157	1.08
2009	444,317	3,303	0.74
2010	668,292	4,637	0.69
2011	1,021,806	5,067	0.50
2012	1,302,457	5,003	0.38

Fuente: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Informe anual 2001-2012

Anexo 9. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1		Controlar la transmisión vectorial peri e intradomiciliaria.							
Indicador 1	Serología a menores de cinco años de edad	Meta 1	45% de las encuestas serológicas con respecto a 2014						
Indicador 2	Encuestas entomológicas	Meta 2	Incremento del 44% de las actividades de vigilancia entomológica						
Indicador 3	Control químico del vector en localidades prioritarias	Meta 3	44% de las localidades con rociado residual intradomiciliar						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Realizar serologías a menores de 5 años.	✓							
1.1.2.	Seleccionar áreas prioritarias de intervención.	✓							
1.1.3.	Actualizar el catálogo de distribución de triatomíneos en áreas prioritarias.	✓							
1.2.1.	Promover programas de mejora con materiales locales en paredes y techo.	✓							
1.2.2.	Eliminar sitios de refugio de triatomíneos intradomiciliarios y en peridomicilios.	✓							
1.2.3.	Promover la instalación de mallas en puertas y ventanas en localidades prioritarias.	✓							
1.2.4.	Promover la instalación de pabellones mosquitero en camas o en cualquier otro sitio de reposo y pernocta en localidades prioritarias.	✓							
1.2.5.	Privilegiar la protección con pabellones mosquiteros de niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.	✓							

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.2.6.	Identificar a nivel local la tipología de refugios de triatomas intradomiciliarios, peridomicilios y rol del género en relación con el control y eliminación del riesgo.	✓							
1.2.7.	Controlar y eliminar refugios de triatomas intradomiciliarios de acuerdo a rol local de género con equidad.	✓							
1.3.1.	Aplicar rociado residual de forma intradomiciliar, en dos ocasiones (2 ciclos) por localidad confirmada como positiva.	✓							
1.3.2.	Realizar encuestas entomológicas iniciales, y posteriores al rociado residual intradomiciliar.	✓							

Objetivo 2	Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional.								
Indicador 4	Tratamiento etiológico supervisado a casos agudos y crónicos.	Meta 4	100% la administración de medicamento a personas con diagnóstico confirmado						
Indicador 5	Serología a embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias.	Meta 5	Realizar estudios serológicos a 3,165 embarazadas						
Indicador 6	Confirmación serológica de donadores positivos a tamizaje.	Meta 6	Incrementar anualmente en 70% la confirmación de pruebas de tamizaje positivas en centros de transfusión sanguínea						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Incluir Tamizar mediante pruebas serológicas y parasitológicas de control prenatal, a todas las embarazadas residiendo o procedentes de áreas o municipios programados de mayor incidencia.	✓							
2.1.2.	Implementar la confirmación de casos detectados por pruebas de tamizaje en bancos de sangre en el Centro Nacional de Transfusión sanguínea así como en los estatales.	✓							
2.1.3.	Realizar el tamizaje en los candidatos a donar sangre rechazados por factores de riesgo asociados a enfermedad de Chagas.	✓							
2.1.4.	Difundir entre el personal médico de las áreas endémicas, las guías para la atención médica de pacientes con enfermedad de Chagas.	✓							
2.1.5.	Lograr la cobertura total de tratamiento a casos agudos y crónicos sin síntomas.	✓							

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.6.	Vigilar la respuesta terapéutica mediante evaluación clínica, de laboratorio y gabinete.	✓							
2.1.7.	Monitorear la presentación y atención de reacciones adversas al tratamiento.	✓							
2.1.8.	Promover el tratamiento etiológico a madres con enfermedad de Chagas y productos infectados.	✓							



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.